Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

19

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1979-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Nombre del Contratista: DEISY BELTRAN AMADO **C.C.** 24.041.855 **de:** SANTANA BOYACA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 1.599.290 **Valor a cobrar:** $ 1.599.290

ADICIÓN/ OTRO	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8918993590
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8920387220
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8921437460
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8922563180
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8923078040
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8924543720
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 236.100	1023088160
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	1023094903
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	1023798138
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	1024506169
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	1025208864
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 236.100	1025843238
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 250.300	1026248852
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 250.300	1028257968
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 22.552.669	$ 22.291.220	$ 261.449

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el perio **Desde:** 2020-03-01 **Hasta:** 2020-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años, 60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11° bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	Apoyar la prestacion del contrato en el pic prestando la informacion y/o soportes que soliciten y que correspondanal objetivo y/o actividades contractuales y de acuerdo a el anexo y lineamientos contenido en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
3	presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observarciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
4	apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal contenidas en el formato de necesidad de pesona que hace parte integral del presente contrato	Realizar tacticas de vacunacion casa a casa,seguimientos o concentraciones,a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6		
7		
8		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Deisy Bethay Amado
Firma del Contratista

C.C. 24.041.855 **de** SANTANA BOYACA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ISABEL MARTINEZ CC 51941534
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4
FIRMA	Isabel M

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	Aclubtan

1979

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-03-10, 04:20:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1028257968

Periodo Cotización: febrero de 2020 **Periodo Servicio:** febrero de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8816809280

PAGADO 09/03/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEISY BELTRAN AMADO		
Documento	CC24041855	**Dirección**	CRR 48 N 176 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3165676849
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PEN	Días ETA	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 24041855	DEISY BELTRAN AMADO	03	00																	0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 877.803	$ 109.800	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300	$ 0	$ 250.300

Deisy Beltran Amado
CC: 24041855

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

1979

COLSUBSIDIO
PORTAL DEL NORTE

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE	: PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT	: 900 097 333-9
CODIGO	: 20596
REFERENCIA	: 8816809280
PLANILLA	: 1028257968
PERIODO	: 2020/02
REFERENCIA 2	: 8816809280

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	250300
			250300

DOCUMENTO



2003090001965073
CONSECUTIVO: 001

MAR 09, 20 18:42

09/Mar/2020 18:42 3500 01 0263 6469607
(COPIA CLIENTE)

Deisy Beltran Amado
CC: 24041855